

II.3.4. Dostępność świadczeń w zakresie pielęgniarstwa środowiskowego

Katarzyna Szczerbińska, Izabela Ćwiertnia, Beata Piórecka

II.3.4.1. Osiągalność świadczeń pielęgniarstkich i ich rozmieszczenie

W związku ze zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi pielęgniarstkie, wyrażanym zwłaszcza przez osoby starsze, w wielu krajach europejskich od lat obserwujemy wzrost wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek. W Polsce sytuacja jest odwrotna, tj. stale maleje liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek, natomiast rośnie liczba osób objętych ich opieką [Dykowska, 2002]. Obrazują to dane OECD zebrane w tabeli II.3.3, przedstawiającej wskaźnik aktywnych zawodowo pielęgniarek na tysiąc mieszkańców w wybranych państwach Europy.

Tabela II.3.3

Wskaźnik aktywnych zawodowo pielęgniarek na tysiąc
mieszkańców w wybranych państwach OECD

Lata	1990	1995	2000	2003
Polska	5,5	5,5	4,9	4,9
Francja	5,6	5,9	6,7	7,3
Niemcy	bd	9,0	9,4	9,7
Czechy	8,4	8,2	8,9	9,4
Węgry	4,5	4,8	4,9	5,1
Hiszpania	4,1	bd	6,4	7,5
Wielka Brytania	7,8	bd	8,3	9,1

Źródło: OECD, *Health Data*, 2005

Potwierdzenie tych danych znajdujemy także w innych źródłach, według których w Polsce w roku 1990 pracowało w sumie 207 767 pielęgniarek (we wszystkich sektorach opieki) [GUS, 2001a, Tab. 1(143)]. Ich liczba zmalała do 189 632 w roku 2000 [CSIOZ, 2002b, Tab. 2.2.1: Personel medyczny zatrudniony w zakładach opieki zdrowotnej wg województw – stan w dniu 31 XII 2000, s. 53], co w przeliczeniu na ogół ludności dało spadek z 54,0 do 49,1 pielęgniarek na 10 tys. osób w populacji ogólnej (tabela II.3.4). W związku ze znacznym przyrostem odsetka osób starszych w ostatnim dziesięcioleciu, obniżenie wskaźnika w przeliczeniu na liczbę ludzi powyżej 65. r.ż. jest jeszcze bardziej wyraźne (z 53,5 do 40,0 pielęgniarek na tysiąc osób starszych).

Należy zaznaczyć, że okres reform nie sprzyjał dokładnej sprawozdawczości. W związku z tym mamy wiele różniących się danych, zwłaszcza dotyczących nowych podmiotów na rynku. Dla przykładu, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych 1 stycznia 2000 roku podaje liczbę 419 754 zarejestrowanych pielęgniarek i położnych ogółem, z czego nieco więcej niż połowa (238 143) pracowała wówczas w zawodzie (61,6 pielęgniarek i położnych na 10 tys. osób ogólnej populacji). W *Małym roczniku statystycznym* znajdujemy jeszcze inne dane: 158 040 pielęgniarek i 19 600 położnych [GUS, 2002a, Tab. 1(153): Pracownicy medyczni, s. 221], co daje wskaźnik odpowiednio 48,9 pielęgniarek i 6,1 położnych na 10 tys. osób populacji ogólnej. Obserwacja danych statystycznych w dłuższym okresie we wszystkich źródłach wskazuje jednak na znaczny ubytek kadry pielęgniarskiej w latach 1990–2000, przy narastających potrzebach związanych ze starzeniem się społeczeństwa (tabela II.3.4).

Tabela II.3.4

Zatrudnienie pielęgniarek w opiece zdrowotnej w Polsce w latach 1989–2003

Liczba pielęgniarek	1989	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Zmiana w latach 1990–2000
Ogółem	197 880	207 767	211 603	215 295	217 190	213 127	197 153	189 632	186 491	185 892	181 291	- 8,7%
W podstawowej opiece zdrowotnej	34 265	bd	37 227	37 431	37 258	34 507	32 117	27 193	28 532	bd	bd	- 20,6% *
Środowiskowych	12 813	bd	13 259	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	21 471**	+67,6% ***

* zmiana w latach 1989–2000;

** dane zbiorcze z okręgowych rad pielęgniarek i położnych (stan w czerwcu 2003);

*** zmiana w latach 1989–2003;

bd – brak danych

Opracowano na podstawie danych GUS i COIEOZ

Jeszcze mniej danych mamy o pielęgniarkach zatrudnionych bezpośrednio w podstawowej opiece zdrowotnej. Według danych z końca 1989 roku w POZ pracowało 34 265 pielęgniarek⁷, z tego 22 834 w mieście, a 11 431 na wsi. W tej grupie były 8474 pielęgniarki środowiskowe działające na obszarze miejskim oraz 4339 – na terenie wiejskim. Średnio na jedną pielęgniarkę przypadało w mieście 2800, a na wsi 3400 osób, czyli znacznie powyżej norm założonych w instrukcjach MZiOS [Fetlińska, 2001; MZiOS, 1985]. Z Raportu o stanie pielęgniarstwa w Polsce z 1995 roku opracowanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych wynika, że na koniec 1994 roku zatrudnionych było 13 259 pielęgniarek środowiskowych, w tym 8673 w mieście i 4586 na wsi. Według danych zbiorczych z okręgowych rad pielęgniarek i położnych z czerwca 2003 roku liczba pielęgniarek środowiskowych wzrosła do 21 471 (tabela II.3.4), co spowodowało znaczną poprawę wskaźnika w przeliczeniu na liczbę osób starszych (z 3,3 w roku 1989 do 4,5 pielęgniarki środowiskowej na tysiąc osób powyżej 65. r.ż. w roku 2003)⁸.

Przedstawione wskaźniki pokazują pewne ogólne tendencje, nie pozwalają jednak na rzeczywiste oszacowanie liczby świadczeń udzielanych osobom starszym przez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne. Możemy jedynie próbować ocenić osiągalność tego rodzaju świadczeń w oparciu o dane z regionu Małopolski, gdzie okazało się, że osoby starsze są odbiorcami około 58% wszystkich wizyt wykonywanych przez pielęgniarki środowiskowe [MRKCh, 2002a, s. 67]. W roku 2000 w województwie małopolskim pielęgniarki środowiskowe przeprowadziły 1 364 755 wizyt u pacjentów w wieku powyżej 64 lat, co dało rzeczywisty wskaźnik 3,4 wizyt pielęgniarskich na osobę [Raport..., 2002, s. 58].

Obecnie konsultanci wojewódzcy ds. pielęgniarstwa rodzinnego (niestety, jak dotąd tylko w sześciu województwach) zbierają dane dotyczące stanu pielęgniarstwa środowiskowego, tj. liczby osób zatrudnionych w opiece środowiskowej, liczby kontraktów oraz sposobów kontraktowania w zależności od stanu własności. Poniżej przedstawiono sytuację w województwie małopolskim w roku 2002 (tabela II.3.5).

⁷ W roku 2000 w POZ pracowało 27 193 pielęgniarek [CSIOZ, 2002b, Tab. 2.2.1: Personel medyczny zatrudniony w zakładach opieki zdrowotnej wg województw – stan w dniu 31 XII 2000, s. 53].

⁸ W Małopolsce według danych za rok 2002 otrzymujemy zbliżony wynik: 4,1 pielęgniarki środowiskowej na tysiąc osób powyżej 65. r.ż oraz 5 pielęgniarek środowiskowych na 10 tys. osób populacji ogólnej [Raport..., 2002, s. 58].

Tabela II.3.5

Pielęgniarstwo środowiskowo-rodzinne w województwie małopolskim w roku 2002

Ogólna liczba pracujących na stanowisku pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej		1627
Typ zatrudnienia	SPZOZ	582
	NZOZ pielęgniarski	117
	Kontrakt pielęgniarski dla praktyki indywidualnej lub grupowej	228
	Praca w praktyce lekarskiej	700
Wykształcenie	Średnie	1543
	Wyższe	84
Kwalifikacje	Liczba pielęgniarek z kursem kwalifikacyjnym z pielęgniarstwa środowiskowego	1288*
	Liczba pielęgniarek z kursem kwalifikacyjnym z pielęgniarstwa rodzinnego	763*
	Liczba pielęgniarek bez kursu kwalifikacyjnego	0
	Liczba pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego	8
	Liczba pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego	0
	Liczba pielęgniarek ze specjalizacją w innych dziedzinach	63**
Staż pracy	Do 10 lat	342
	Od 11 do 20 lat	521
	Od 21 do 30 lat	553
	Powyżej 30 lat	211
Średnia liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę		1448***

* 525 osób ukończyło kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa środowiskowego i w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego;

** Specjalizacja z organizacji i zarządzania;

*** Nie wszyscy pacjenci z Małopolski złożyli deklarację wyboru pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej. Ogólna liczba mieszkańców regionu wynosi 3 240 928, zaś deklaracji wyboru dokonały 2 357 333 osoby. W byłej kasie branżowej nie było odrębnych deklaracji wyboru pielęgniarki.

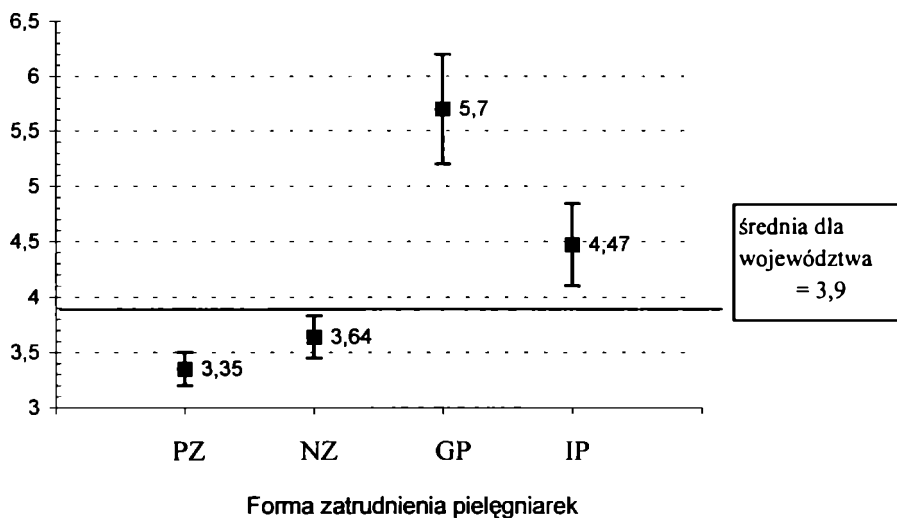
Zatrudnione pielęgniarki środowiskowe w praktykach lekarskich ukończyły kurs z zakresu pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego i są liczone do statystyki, choć w rzeczywistości nie pracują w środowisku, a ich populacja jest bardzo mała

Opracowanie: Izabela Ćwiertnia

Według CSIOZ w skali kraju w roku 2002 zarejestrowano 26 939 indywidualnych i 342 grupowych praktyk pielęgniarek (liczba ta obejmuje łącznie praktyki pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych i inne).

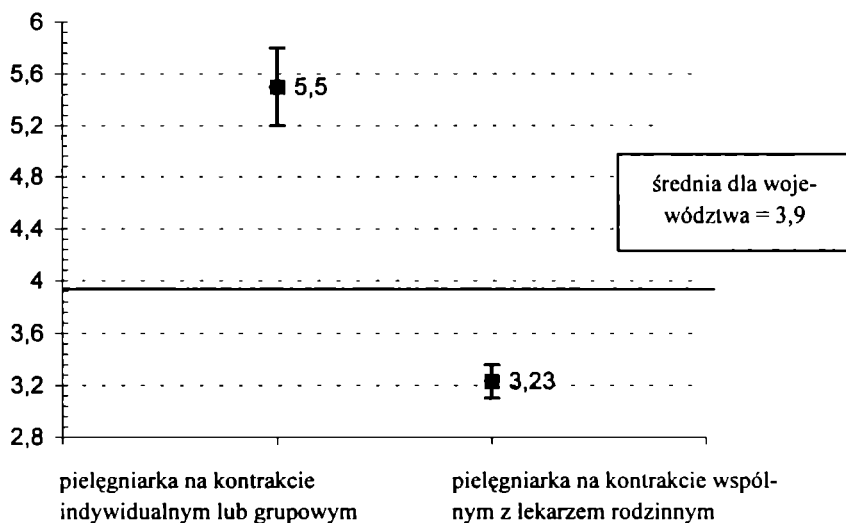
W latach dziewięćdziesiątych dostępność usług pielęgnacyjnych dla osób starszych była zróżnicowana w zależności od regionu kraju, miejsca zamieszkania oraz poziomu zrozumienia idei pielęgniarstwa środowiskowego przez lekarzy. Jako główne priorytety w zakresie zadań opieki pielęgniarstwie w POZ pod koniec lat dziewięćdziesiątych uznano: przyrost zatrudnienia w grupie pielęgniarek środowiskowych, zapewnienie odpowiedniego poziomu doształcania zawodowego, weryfikację rejonów działania pielęgniarek środowiskowych oraz opracowanie zasad współpracy pielęgniarek środowiskowych i lekarzy.

Po 2000 roku dostępność świadczeń pielęgniarstwa rodzinnego poprawiła się w tych regionach, gdzie na bazie byłych SPZOZ powstawały niepubliczne zakłady pielęgniarstwa i lekarskie. Jak już wspomniano, forma aktywności zawodowej pielęgniarek może wpływać na dostępność ich usług. Porównanie dostępności i efektywności pracy pielęgniarki rodzinnej w domu chorego w zależności od formy zatrudnienia i typu jej kontraktu przedstawiono na rycinach II.3.2 i II.3.3.



Oznaczenia: PZ – publiczne zakłady opieki zdrowotnej; NZ – niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej; GP – praktyki grupowe; IP – indywidualne praktyki

Rycina II.3.2. Wskaźnik wizyt pielęgniarstwie na tysiąc osób populacji dziennie zależnie od formy zatrudnienia [MRKCh, 2002b]



Rycina II.3.3. Wskaźnik wizyt pielęgniarskich na tysiąc osób populacji dziennie w zależności od typu kontraktu (w Małopolsce)

W NZOZ, gdzie pielęgniarki są zatrudniane przez lekarzy, dostępność świadczeń pielęgniarki może być ograniczona w wyniku obciążania jej także innymi zadaniami. W praktykach pielęgniarskich indywidualnych czy grupowych dostępność ta jest większa. Lepszej dostępności świadczeń realizowanych przez pielęgniarki środowiskowe z pewnością sprzyjają: udzielanie porad przez telefon oraz w gabinecie pielęgniarki, prowadzenie wizyt patronażowych, odbywanie wizyt planowych (uzgodnionych z podopiecznym lub jego rodziną) w miejscu zamieszkania pacjenta, realizowanie procesu pielęgnowania u przewlekłe chorych w sposób ciągły oraz wykonywanie zleceń lekarskich. Należy zaznaczyć, że obecnie mamy jednak zbyt mało danych, by na ich podstawie można było określić zmiany w zakresie dostępności przestrzennej pielęgniarstwa środowiskowego.

II.3.4.2. Stopień poinformowania osób starszych, pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej o zasadach funkcjonowania pielęgniarstwa środowiskowego

W latach dziewięćdziesiątych świadomość pacjentów odnośnie do zasad działania, od lat istniejącego, systemu ochrony zdrowia była raczej dobra, co nie oznacza, że system ten dobrze funkcjonował. Pacjenci na ogół wiedzieli, że po zleceniu na zabiegi pielęgniarstwa należy zgłosić się do lekarza, a jeśli nie byli

tego pewni, oczekiwali udzielenia im informacji w gabinecie lekarskim. Pielęgniarki środowiskowe realizowały świadczenia w terenie w godz. 8.00–18.00. Zlecenia przyjmowane były osobiście przez pielęgniarkę w gabinecie lub telefonicznie, za pośrednictwem punktu zabiegowego.

Po wprowadzeniu w 1999 roku reformy ochrony zdrowia powstały problemy związane z wdrażaniem zmian. Brak wiedzy pacjentów na temat funkcjonowania systemu w nowych warunkach wiązał się szczególnie z brakiem odpowiedniej informacji, np. o konieczności wyboru obok lekarza rodzinnego również pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej. Różnice w tym zakresie były najbardziej widoczne między miastem i wsią. W środowisku wiejskim praktycznie wszyscy mieszkańcy dokonali wyboru pielęgniarki. W miastach nadal duża liczba osób nie podjęła takiej decyzji lub nawet nie wie, że należy złożyć deklarację wyboru pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej. Każda z regionalnych kas chorych prowadziła też odrębną politykę zdrowotną, która nie zawsze sprzyjała tworzeniu samodzielnych praktyk pielęgniarских. Jednocześnie obserwowano brak wsparcia ze strony massmediów w pozytywnym kształtowaniu wiedzy pacjentów o nowych zasadach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, co nie pomagało w sprawnym informowaniu społeczeństwa [Ostrowska, 2002]. Dlatego też pacjenci, w tym głównie osoby starsze, mogli czuć się niedoinformowani i zagubieni.

Pewną poprawę w zakresie informowania ludzi o zasadach dostępu do świadczeń pielęgniarek środowiskowych uzyskano dzięki wprowadzeniu wolnego wyboru pielęgniarki i formy zapisu do niej pacjenta. Pielęgniarki w indywidualnych i grupowych praktykach pielęgniarских w ramach akcji zbierania deklaracji „reklamowały” instytucję pielęgniarki rodzinno-środowiskowej, idąc do mieszkańców danego rejonu i wyjaśniając potencjalnym pacjentom swoje zadania, zostawiając im numer telefonu i adres kontaktowy. W wyniku takich działań zwiększyła się świadomość odwiedzanych osób w zakresie zasad funkcjonowania pielęgniarstwa środowiskowego [Materiały..., 2002; Kleszcz, 2002].

Spoleczne oczekiwania w stosunku do pielęgniarki środowiskowej uzależnione są od postrzegania jej roli zawodowej. W opinii osób badanych przez M. Kosińską i współpracowników pielęgniarka widziana jest głównie jako asystent lekarza, na drugim miejscu – w roli wykonawcy zleceń, dopiero na miejscu trzecim – jako rzecznik praw pacjenta i jego rodziny. Pielęgniarka zatem nadal jest postrzegana głównie w swej tradycyjnej roli. Jednocześnie w środowisku (głównie małych miast i wsi) istnieje duże zapotrzebowanie na edukację zdrowotną, a także na podtrzymywanie dobrej kondycji psychofizycznej osób starszych oraz udzielanie wsparcia osobom dotkniętym nieprzystosowaniem społecznym [Kosińska, Kucharska, Włodarczyk, 2001]. Wydaje się więc, że należałoby zwiększyć skuteczność działań w kierunku podniesienia prestiżu zawodu pielęgniarki i uświadomienia społeczeństwa o idei nowoczesnego pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego.

II.3.4.3. Stopień partycypowania osób starszych w kosztach świadczeń pielęgniarских

Świadczenia pielęgniarские realizowane w ramach opieki zdrowotnej były i są dla pacjentów bezpłatne, zarówno w latach dziewięćdziesiątych, jak i obecnie, po roku 2000. Świadczenia te nie podlegają reglamentacji, a pacjent nie partycypuje w kosztach usług pielęgniarки rodzinnej. Z pewnością jednak w dni wolne od pracy, zwłaszcza w latach ubiegłych, gdy dostęp do świadczeń pielęgniarских był utrudniony, pacjenci częściej musieli korzystać z opieki odpłatnej (w postaci prywatnie wynajmowanej pielęgniarки do wykonania określonych czynności).

Obecnie – dzięki powszechnie dostępnym telefonom komórkowym – pielęgniarки w samodzielnych praktykach pełnią dyżury telefoniczne w ciągu dnia, a także w niedziele i święta. Ma to istotne znaczenie dla osób starszych, ponieważ mogą one zwrócić się o pomoc do pielęgniarки nie tylko w określonych godzinach przyjęć pacjentów w przychodni. Zatem sposób zorganizowania pracy zdecydowanie ułatwia dostęp pacjenta do pielęgniarки i redukuje konieczność korzystania z pomocy odpłatnej. W wyniku badań prowadzonych na przełomie 2000 i 2001 roku w Krakowie wykazano, że wśród osób, które wymagały opieki, 16,2% pacjentów w wieku 75–80 lat i 20,9% w wieku 90–95 lat korzystało z odpłatnej opieki pielęgniarskiej w zakresie realizacji zabiegów oraz odpowiednio 12,5% osób siedemdziesięcioletnich i 15,9% długowiecznych zatrudniało osobę do wykonywania świadczeń typowo opiekuńczych obejmujących pielęgniarstwo podstawowe [Szczubińska, Piórecka, Ćwiertnia i in., 2004].

Zwiększony nakład pracy pielęgniarки i lekarza związany z pełnieniem opieki nad osobami starszymi został zauważony i dodatkowo sfinansowany przez płatnika opieki zdrowotnej. Nie od razu kasy chorych przyjęły jako standard zróżnicowanie stawek kapitałowych w zależności od wieku podopiecznych. Małopolska Regionalna Kasa Chorych była w tym względzie pionierem i już od 2000 roku zastosowała wskaźnik 1,7 dla osób starszych mieszkających w środowisku (w kontraktach z lekarzami i pielęgniarkami) i 3,0 dla mieszkańców domów pomocy społecznej (w kontraktach z lekarzami). To podejście jest obecnie realizowane przez NFZ jako zasada i ma być dla lekarzy i pielęgniarek zachętą do podejmowania się opieki nad osobami starszymi. Mamy nadzieję, że działania te w przyszłości znacznie zredukują konieczność korzystania z odpłatnej opieki pielęgniarskiej przez starszych ludzi.

II.3.4.4. Bariery w dostępie do świadczeń pielęgniarских

Okres od 1990 do 2000 roku można krótko podsumować stwierdzeniem, że pewne bariery znikły, a pojawiły się inne. Przed rokiem dziewięćdziesiątym obserwowano dobrą współpracę pomiędzy lekarzem rejonowym, pielęgniarką śro-

dowską i pracownikiem socjalnym, którzy – zwykle usadowieni w jednym miejscu: przychodni rejonowej – bezpośrednio i natychmiastowo porozumiewali się odnośnie do potrzeb pacjentów. Z drugiej strony, obowiązywał system zleceń lekarskich, co oznaczało, że pielęgniarki nie mogły wykonywać określonych czynności bez takiego zlecenia. Dostęp do świadczeń pielęgniarstwa był zatem reglamentowany przez lekarza.

Ta bariera została usunięta wraz z wprowadzeniem deklaracji wyboru pielęgniarki środowiskowej przez pacjentów oraz pojawieniem się odpowiednich aktów prawnych zwiększających samodzielność pielęgniarki, które uwolniły ją od konieczności działania tylko na zlecenie lekarza. To znacznie skróciło drogę pacjenta do pielęgniarki. Obecnie podopieczny może zwracać się bezpośrednio do swojej pielęgniarki rodzinnej z prośbą o wykonanie określonych zabiegów. Ona zaś w ramach kontraktu zapewnia ciągłość opieki przez całą dobę.

Pewne bariery w dostępie do świadczeń mogą wynikać z formy organizacyjnej zakładu POZ. Pielęgniarki rodzinne zatrudniane w praktykach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej nadal pozostają w stosunku podległości wobec lekarzy i często, łącząc zadania pielęgniarki rodzinnej oraz pielęgniarki praktyki, równolegle wykonują prace administracyjne na rzecz gabinetu lekarskiego. W związku z tym ich praca w środowisku pacjenta często ogranicza się do wykonania jedynie pilnych zabiegów. Dlatego wydaje się, że optymalną dla pacjentów formą organizacyjną pielęgniarstwa rodzinnego są samodzielne praktyki pielęgniarstwa, wchodzące w skład zespołu interdyscyplinarnego, współpracujące ze wszystkimi świadczeniodawcami na rzecz jednostki, rodziny i społeczności [Ćwiertnia, 2002a; b; Sztembis, 2001].

Z kolei w wyniku rozdzielenia opieki zdrowotnej od pomocy społecznej, a następnie możliwości zakładania NZOZ przez pielęgniarki wyrosła nowa bariera polegająca na słabej współpracy wspomnianej „trójki POZ” (lekarza, pielęgniarki i pracownika socjalnego). Kontakt pielęgniarki z pracownikami socjalnymi często ogranicza się do przekazywania informacji o potrzebach bytowych pacjentów drogą telefoniczną. Tymczasem uważa się, że w związku z występowaniem złożonych problemów zdrowotnych i socjalnych u wspólnych podopiecznych pomocy społecznej i ochrony zdrowia, współpraca ta powinna obejmować szerszy zakres, by w kompleksowy sposób rozwiązywać trudne sytuacje, zwłaszcza osób starszych.

II.3.4.5. Czas oczekiwania na usługę

Wobec braku obiektywnych danych trudno stwierdzić, czy w okresie od 1990 do 2000 roku czas oczekiwania na wizytę pielęgniarki środowiskowej uległ zmianie. W opinii ekspertów biorących udział w projekcie CLESA nie ma zasadniczych zmian w tym zakresie. Należy jednak przypomnieć, że w latach dziewięćdziesiątych zabiegi pielęgnacyjne w dni wolne i święta były dostępne wyłącznie dla pacjentów wymagających stałych iniekcji (np. insuliny, antybio-

tyków) zgłoszonych do godz. 18.00 w dniu poprzedzającym. W pozostałych przypadkach pacjenci zgłaszali się do izby przyjęć w stacji pogotowia ratunkowego. Niewątpliwą korzyścią dla pacjentów jest wprowadzenie (od roku 2001) wolnego wyboru pielęgniarek, w drodze pisemnej deklaracji. Ten zabieg wprowadził element konkurencji i zaktywizował pielęgniarki do poszukiwania pacjentów. Pacjent, zyskując możliwość wyboru świadczeniodawcy, stał się jednocześnie kimś, o kogo należy zabiegać. Aktualnie pielęgniarki przyjmują zlecenia telefonicznie lub osobiście w gabinecie pielęgniarki środowiskowej, gdzie pełnią dyżury. Wizyty u pacjentów realizują na bieżąco lub po wcześniejszym uzgodnieniu, w wygodnym dla pacjenta terminie. Ponadto prowadzą dokumentację zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji pacjenta (Dz.U., 2003, Nr 147, poz. 1437). Można zatem stwierdzić, że nowe regulacje prawne i formy organizacyjne przyczyniły się do zwiększenia dostępności świadczeń pielęgniarskich.

W efekcie tych zmian pielęgniarki środowiskowe zostały zmobilizowane do stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych i starają się w sposób nowoczesny i zgodny z najnowszymi wytycznymi rozwiązywać problemy zdrowotne podopiecznych. Wprowadzają w swoich praktykach zasady racjonalnego zarządzania, stosując niedrogą aparaturę i ograniczając koszty ich prowadzenia. Obecnie kontrakty z pielęgniarkami pochłaniają niewielki odsetek środków na ochronę zdrowia. Przypuszcza się, że w przyszłości mogą one przynieść wymierne korzyści [Kuderska, Stachowska, 2003].

II.3.5. Wnioski i rekomendacje

Wnioski

W okresie od 1990 do 2000 roku:

1. Nastąpiła znaczna redukcja liczby aktywnych zawodowo pielęgniarek, zwłaszcza kosztem etatów w sektorze opieki szpitalnej.
2. Jednocześnie zwiększyła się jednak liczba pielęgniarek środowiskowych, które około 60% swoich działań kierują do osób starszych.
3. Pojawiły się akty prawne, które umożliwiły wiele zmian, korzystnych z punktu widzenia dostępności świadczeń pielęgniarskich, również dla osób starszych.
4. W wyniku wprowadzenia deklaracji pacjentów oraz pojawienia się nowych form zatrudnienia pielęgniarek i zmian w organizacji ich pracy zwiększyła się łatwość dostępu do pielęgniarek środowiskowych.
5. Skrócił się czas oczekiwania na świadczenia pielęgniarskie.
6. Dzięki uruchomieniu kształcenia w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego oraz opieki nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi zwiększyły się kwalifikacje zawodowe pielęgniarek pracujących w środowisku rodziny, co może mieć wpływ na stopniową poprawę jakości świadczonej opieki.

7. Nie wiemy jednak, czy zmniejszył się udział pacjentów w kosztach opieki pielęgniarskiej realizowanej prywatnie, ponieważ nie dysponujemy takimi danymi. Na podstawie jednostkowych badań można stwierdzić, że jest on nadal wysoki, zwłaszcza w grupie osób długowiecznych.

8. Pacjenci nadal często nie są świadomi możliwości „zapisywania się” do pielęgniarki, co wynika z ich niedoinformowania o bieżących zmianach w organizacji opieki.

9. Liczba przeszkolonych pielęgniarek w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego oraz pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych (na poziomie specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych) jest ciągle niewystarczająca.

10. Sprawozdawczość w zakresie liczby pielęgniarek i praktyk, w których są zatrudnione, jest niepełna, co uniemożliwia obserwację zmian strukturalnych.

Rekomendacje

W dokumencie WHO pt. *Zdrowie 21– Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* [WHO, 1999a], z roku 1999 został umieszczony cel 15, który brzmi: „Do roku 2010 ludność regionu powinna mieć znacznie lepszy dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej zorientowanej (w swoich aktywnościach) na rodzinę i społeczność. Trzonem podstawowej opieki zdrowotnej powinni być lekarze i pielęgniarki, mający kwalifikacje w dziedzinie zdrowia rodziny, pracujący w zintegrowanych zespołach, obejmujących kompetencjami problemy zdrowotne i społeczne, współdziałający z lokalnymi społecznościami” [Golinowska, Czepulis-Rutkowska, Sitek i in., 2002]. Z kolei, cele operacyjne 6 i 12 Narodowego Programu Zdrowia 1996–2005 zakładały: poprawę stanu zdrowia ludzi poprzez zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa i działań w zakresie promocji zdrowia oraz poprawę dostępności podstawowej opieki zdrowotnej. W nowej propozycji NPZ na lata 2006–2015 podkreśla się ponadto znaczenie kształtowania prozdrowotnego stylu życia oraz zmniejszania różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych [MZ i PZH, 2005]. Uważa się, że zadania te może i powinna aktywnie realizować pielęgniarka środowiskowo-rodzinna [Przewoźniak, 2001a; b].

W zgodzie z powyższymi dokumentami, można na podstawie przedstawionego opracowania sformułować następujące rekomendacje:

1. Nadal konieczna jest szeroka kampania informacyjna na temat sposobu zorganizowania opieki w zakresie pielęgniarstwa.

2. Zgodnie z postulatem pielęgniarek należy ograniczyć liczbę pacjentów deklarujących korzystanie z usług jednej pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, m.in. stosując wyższy wskaźnik kapitałowy dla pacjentów powyżej 65. r.ż., charakteryzujących się niepełnosprawnością i występowaniem chorób przewlekłych.

3. Należy odbudować i prowadzić systematyczną sprawozdawczość w zakresie liczby pielęgniarek czynnych zawodowo i form ich zatrudnienia, co pozwoli na racjonalne planowanie rozwoju kadr medycznych.

4. Kompetencje są ważnym elementem zapewnienia odpowiedniej jakości opieki. Należy zatem stworzyć pielęgniarkom warunki sprzyjające ustawicznemu kształceniu się w zakresie opieki długoterminowej, pielęgniarstwa rodzinnego i geriatrycznego oraz zwiększyć jego intensywność.

5. Należy zachęcać pielęgniarki do wykazywania przedsiębiorczości w zakresie zakładania własnych NZOZ lub praktyk.

6. Należy poprawić przepływ informacji o pacjencie pomiędzy pracownikami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, którzy świadczą opiekę w środowisku, a zwłaszcza usprawnić współpracę pomiędzy pielęgniarkami, lekarzami i pracownikami służb socjalnych.

7. Należy precyzyjnie zdefiniować szczególne zadania pielęgniarki rodzinnej wobec ludzi starszych, takie jak: ocena potrzeb zdrowotnych osób starszych, działania z obszaru promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej oraz badania profilaktyczne w ramach regularnych patronaży geriatrycznych.